

EINWILLIGUNG ZU ZAHNÄRZTLICH-CHIRURGISCHEM EINGRIFF *

Name des Patienten: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei mir folgender zahnärztlich-chirurgische Eingriff vorgenommen wird:

ÜBER DEN DAMIT VERBUNDENEN OPERATIVEN EINGRIFF WURDE ICH AUFGEKLÄRT, INSBESONDERE SIND MIR FOLGENDE PUNKTE ERLÄUTERT WORDEN:

Bei jedem operativen Eingriff kann es trotz aller Sorgfalt bei der Durchführung zu Komplikationen kommen, z. B. Wundheilungsstörung, Wundinfektion, Blutung, Bluterguss.

Der Eingriff wird in örtlicher Betäubung durchgeführt. Hierbei kann es zu Unverträglichkeitsreaktionen gegenüber dem Anästhetikum, Blutungen im Injektionsbereich und zu Schädigungen von Nerven im Injektionsbereich kommen. Vorerkrankungen und Allgemeinleiden können sich ungünstig auf die Heilung auswirken. Mir ist bekannt, dass ich daher vor dem Eingriff jegliche Erkrankung und damit im Zusammenhang stehende Medikamente mitteilen muss.

Bei einer Operation im Unterkiefer kann aufgrund der anatomischen Verhältnisse eine Verletzung des Kiefer- oder Zungennervs nicht sicher ausgeschlossen werden. In diesem Fall kann es zu einer vorübergehenden, ganz selten auch dauerhaften Beeinträchtigung oder dem Verlust des Gefühls in der Lippe oder der Zunge, ggf. auch der Geschmacksempfindung kommen.

Bei einer Operation im Oberkiefer kann es zu einer Eröffnung der Kieferhöhle kommen. In diesem Fall werden mit einem besonders dichten, gegebenenfalls plastischen Wundverschluss Komplikationen in der Regel verhindert. Die Ausbildung eines Hämatoms in der Wundhöhle und evtl. eine Entzündung der Kieferhöhle können jedoch nicht sicher ausgeschlossen werden.

Bei bestimmten Verfahren muss die Kieferhöhle in den Eingriff einbezogen werden. Über das operative Vorgehen sowie über die damit zusammenhängenden möglichen Komplikationen (Infektionen, Schwellungen, Kieferhöhlenentzündung) wurde ich aufgeklärt.

Ich wurde über das Verhalten nach dem Eingriff aufgeklärt und eingewiesen, wie z. B. Mundhygiene, Verhalten bei Nachblutung, Kühlung, Einnahme von Medikamenten, körperliche Schonung.

Ich bestätige, dass ich die Aufklärung über den bei mir vorgesehenen Eingriff einschließlich der Komplikationsmöglichkeiten und der daraus folgenden wesentlichen Beeinträchtigungen verstanden habe. Über Besonderheiten der bei mir vorgesehenen Operation wurde ich informiert.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass nach dem Eingriff die Verkehrstüchtigkeit eingeschränkt sein kann. Eine Begleitperson wurde mir daher empfohlen. Ich bestätige hiermit, dass ich über das Ziel und den Hergang des vorgesehenen ärztlichen Eingriffes informiert bin.

Ich hatte Gelegenheit, mich über Beeinträchtigungen zu informieren, die durch Komplikationen bei Durchführung bzw. Unterbleiben der Behandlung auftreten können. Wenn es im Falle eines unvorhergesehenen Befundes nach ärztlichem Ermessen notwendig erscheint, kann über den vorgeschlagenen Umfang des Eingriffs hinausgegangen werden, auch wenn eine weiterführende Aufklärung während des Eingriffs nicht möglich ist und der Eingriff nicht unterbrechbar oder verschiebbar ist.

Alle meine Fragen wurden beantwortet. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung widerrufen kann, solange der Eingriff noch nicht durchgeführt wurde.

***Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind:**

Durch meine alleinige Unterschrift erkläre ich zugleich, dass das Sorgerecht mir allein zusteht bzw. ich vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für ihn bzw. für sie diese Erklärung abzugeben.

Ort, Datum
Vertreter

Unterschrift Patient / gesetzlicher

Ort, Datum

Unterschrift Elternteil